Rok XLII. Kraków 3 Października 1903. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek rzekomego obojnactwa leczony operacyjnie.

Podał
Prof. Dr. A. Mars.

Podręczniki ginekologiczne traktują sprawę obojnactwa zazwyczaj dość pobieżnie, a szczegóły odnoszące się do tego przedmiotu spotykać można tu i owdzie porozrzucane w różnych dziełach, omawiających w różnych czasach różne działy nauki lekarskiej. Przypadki wad rozwojowych narządu płciowego kobiecego należą do rzadkich, a między nimi przypadki obojnactwa do najrzadszych. Z mego doświadczenia powiedzieć mogę, że wady rozwojowe narządu płciowego kobiecego częściej widziałem u semitek, aniżeli u słowianek lub germanek.

W sprawie obojnactwa bardzo wielką zasługę ma Neugebauer, znany powszechnie polski badacz, który z niebywałą skrzętnością i dokładnością w sposób sobie właściwy materyał zebrał, zestawił, opracował, wiele rzeczy wyświecił i opublikował. Kto się chce z tym przedmiotem zapoznać, musi wziąć do ręki jego prace, które gdy się czyta mimowoli na myśl przychodzi: co więcej podziwiać: czy skrzętność i dokładność badacza, czy bogactwo i rozmaitość wybryków, jakie tworzy natura w ludzkim narządzie płciowym.

Odsyłając czytelnika do prac Neugebauera, nie będę się zastanawiał nad kwestyą obojnactwa, tylko podam przypadek, jaki miałem sposobność spostrzegać, a który ma niejakie praktyczne znaczenie, gdyż przypadki obojnactwa rzadko są przedmiotem leczenia, szczególniej operacyjnego.

R. S., lat 23 licząca, wyznania mojżeszowego, zamężna od lat trzech, żona wiejskiego pisarza, zgłosiła się w lutym b. r. do mojej kliniki z oświadczeniem, że jej narząd płciowy nie jest prawidłowo zbudowany, że nie może wykonywać obowiązków pożycia małżeńskiego i prosi by jej to jakimkolwiek sposobem umożliwić. Osoba ta była już w obserwacyi jednego z kolegów zawodowych, który po zbadaniu określił jej stan jako obojnactwo rzekome, a płeć jako męzką.

Prośby chorej, aby jej umożliwić pożycie małżeńskie, a głównie rozmaitość zmian i ciekawe pomyłki co do płci, jakie obserwował, zebrał i ogłosił Neugebauer, dały mi pochop do przyjęcia chorej do kliniki i do zajęcia się tym przypadkiem.

Wypytywana starannie podaje chora, że jej oboje rodzice byli zdrowi i że nigdy nie słyszała, aby ktoś w jej rodzinie cierpiał na jakąś wadę rozwojową. Sama jest najmłodszem dzieckiem z ośmiorga rodzeństwa, z których żadne żadnej wady rozwojowej nie okazywało. Do 16-go roku życia nikt u niej nie spostrzegł nieprawidłowości narządu płciowego; zauważyła to w tym wieku dopiero sama. Wychowywana była jako dziewczyna i w 18 roku życia wyszła zamąż. Od 15-go roku życia miała miesiączkować regularnie. Miesiączka miała być bardzo skąpa, pokazywały się tylko pojedyncze plamy czerwone w ciągu jednego dnia, którym towarzyszyły silne bardzo bóle w dole brzucha i w krzyżach. Po zamążpójściu przekonała się, że pożycie małżeńskie odbywa się nienaturalnie, jest poprostu niemożliwe. Od 5-ciu lat rośnie jej silny zarost na wardze górnej i na brodzie, bardzo łatwo widoczny, gdyż pacyentka jest brunetką. Zarost ten goli starannie i bardzo często. Podczas wywiadów widać, że pacyentka jest niedowierzająca i niechce na niektóre pytania odpowiadać, udając, że nierozumie. Przyznaje się do tego, że czuje popęd płciowy do swego męża, z którym żyć pragnie, o wzwodzie prącia nic się dowiedzieć niemożna. Zdaje się, że się obawia. aby nie była uważaną za mężczyznę, aby się mąż z nią nie rozwiódł, coby dla niej było nieszczęściem, gdyż jest biedną i byłaby na całe życie skazaną na samotność i ciężką pracę. Oddawanie moczu i stolca bez przeszkody.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Osoba wzrostu nizkiego, budowy wątłej, miernie odżywiona, robi wrażenie osoby mało inteligentnej, zgryźliwej i zniechęconej. Na twarzy widać silny czarny zarost, jak u mężczyzny, bardzo wyraźny, mimo starannego wygolenia. Budowa ciała więcej męzka, sutki zupełnie nie wykształcone, brodawki bardzo nikłe. Narządy klatki piersiowej nie okazują nic osobliwego. Badanie brzucha miernie wysklepionego nie wykazuje żadnych oporów, wypuk prawidłowy.

Nad linią białą bardzo szerokie i obfite owłosienie, przechodzące w bardzo bogate owłosienie wzgórka sromowego

Części sromowe zewnętrzne przedstawiają dwie wargi sromowe większe, dobrze wykształcone, bogato owłosione. Wargi te, zbiegając równolegle ku dołowi, nie okazują łączności w okolicy domniemanego więzadełka i gubią się bez wyraźnego ograniczenia w szerokiem międzykroczu. W miejscu, odpowiadającem umiejscowieniu łechtaczki, dobrze wykształcone prącie w stanie obwisłym, długości 6 centymetrów, grubości męzkiego palca, o żołędzi dobrze wykształconej. Napletek zesunięty z żołędzi, co czyni wrażenie, jakby prącie było obrzezane.

W żołędzi niema otworu dla cewki, tylko w miejscu, w któremby ujście cewki moczowej znaleźć się powinno, znachodzi się rowkowate wyraźne zakarbowanie, poniżej, na *fig. IV.* widoczne. Od tego zakarbowania, po uniesieniu prącia do góry, biegnie widoczny rowek szeroki na 4—5 milimetrów, wzdłuż całego prącia ku jego nasadzie, w któremto miejscu gubi się w otworze wielkości soczewicy.

Śladu warg mniejszych niema. Wargi większe po rozchyleniu są ze sobą połączone, przechodzi jedna w drugą; dzieli je tylko rowkowate zagłębienie, wyścielone różowawą skórą, jaśniejszą od otoczenia. Rowkowate to zagłębienie nie ma żadnego śladu więzadełka lub jakichkolwiek wyniosłości i gubi się w szerokiem międzykroczu bez żadnego ograniczenia. Międzykrocze i okolica otworu stolcowego okazują owłosienie bardzo skąpe, silniejsze widać nieco dalej na pośladkach. *Fig. I.* przedstawia wejrzenie sromu:

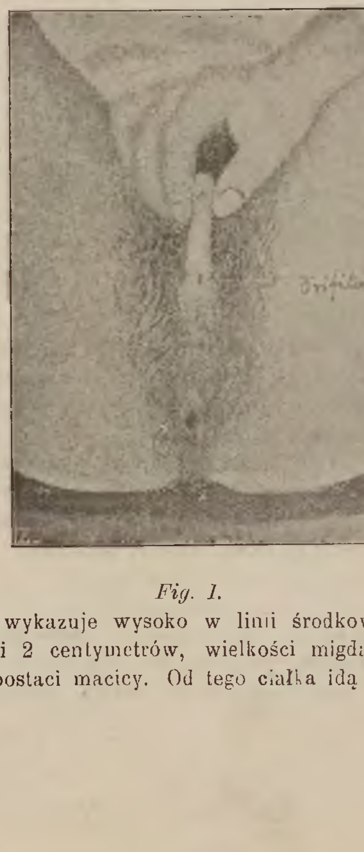


Fig. I.

Badanie przez odbytnicę wykazuje wysoko w linii środkowej dość niewyraźne ciałko długości 2 centymetrów, wielkości migdała, w którem się można domyślać postaci macicy. Od tego ciałka idą na

boki cieniuchne postronki ku ścianom bocznym miednicy, przy których po obu stronach można z trudnością wyczuć ciałka wielkości fasoli kształtu owalnego.

Jak to już wyżej zaznaczono, pacyentka chciała być żoną i pragnęła być uważaną za kobietę, dlatego jej opowiadania o popędzie płciowym ku mężczyźnie, jako też i opowiadania o miesiączkowaniu niebrałem w rachubę, tylko badanie przedmiotowe przez odbytnicę skłoniło mnie do rozpoznania płci żeńskiej, uznając opisane prącie jako łechtaczkę, a domyślając się w wybadanych przez odbytnicę ciałkach szczątkowej macicy i jajników.

Postawiwszy rozpoznanie: »Obojnactwo rzekome zewnętrzne żeńskie«, postanowiłem szukać dowodów. — W tym celu sondowałem przewód, idący w głąb od nasady prącia, którym pacyentka mocz oddawała. Posuwałem zgłębnik ginekologiczny raz po ścianie przewodu przedniej, drugi raz znów po tylnej i powtarzając to kilkakrotnie, przekonałem się, że zgłębnik, posuwany po przedniej ścianie przewodu, wchodzi do jamy, w której koniec jego w różnych kierunkach poruszać się daje; posuwany zaś po ścianie tylnej napotyka jakby przeszkodę małą i wchodzi w głąb w innym kierunku jakby do wązkiego kanału. Dwa zgłębniki, wprowadzone w tych kierunkach równocześnie, nie dały się końcami zetknąć. Cewnik szklany, wprowadzony po przedniej ścianie, wsunął się do pęcherza moczowego i wywołał oddanie moczu. Gdy zaś był wsuwany po ścianie tylnej, to po przezwyciężeniu jakby jakiejś nieznacznej przeszkody, wsuwał się w głąb i mocz zupełnie nie odpływał, cewnik pozostał wewnątrz suchy.

Miejsce, gdzie w dwu kierunkach zgłębniki się dawały wsuwać, leżało mniej więcej na pięć centymetrów od opisanego otworu, położonego przy nasadzie rzekomego prącia, a mniej więcej w połowie odległości od tegoż otworu do otworu stolcowego.

Stosunki wybadane przedstawiały się jak na szematycznym rysunku. *Fig. II.*

Dnia 26-go lutego przeciąłem w linii środkowej mostek, łączący poprzecznie wargi większe, od otworku, położonego u nasady prącia, aż do okolicy, w której się ujścia cewki moczowej domyślałem, mniej-więcej na długość 5 centymetrów w kierunku ku otworowi stolcowemu

Tym sposobem odsłonięto niejako dalszy ciąg rowka, przebiegającego pod rzekomem prąciem, który był otoczony świeżą raną w postaci wydłużonej litery *U*. Drobnymi szwami katgutowymi połączono po obu stronach brzeg skóry z brzegiem błony śluzowej przeciętego kanalika. Krwawienie było nieznaczne. Wargi sromowe większe dają się teraz od siebie oddalić, widać między niemi sztucznie otworzony przedsionek, w którym tuż przy połączeniu warg, jakoby więzadełkiem, widać w głębi otworek, odpowiadający ujściu cewki moczowej. *Fig. III.*

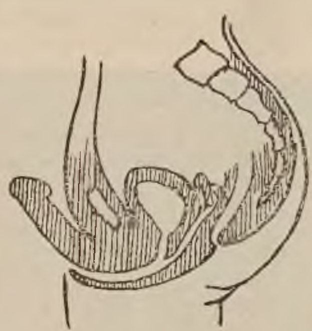


Fig. II.

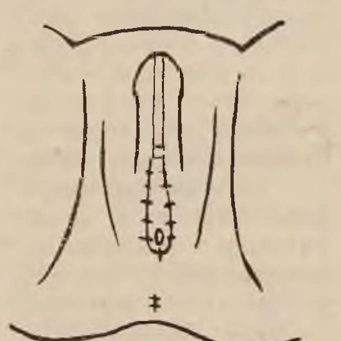


Fig. III.

Chora nie mogła dwa dni oddawać moczu, który odprowadzano cewnikiem. Poza tem przebieg pooperacyjny niczem nie był zamącony.

D. 8-go marca, czyli w 10 dni po dokonaniu zabiegu, rana była zupełnie już zagojona.

W celu rozszerzenia domniemanej pochwy zaczęto do niej wprowadzać rozszerzadła Hegara. Codziennie wprowadzano pręciki od cieńszych do grubszych i zatrzymywano je po kilkanaście minut. Postępowanie to chora znosiła niedobrze, użalała się na bolesność; musiano je wykonywać bardzo ostrożnie i powoli i zaledwo co drugi dzień dało się wprowadzić pręcik o jeden numer grubszy. W ciągu 4 tygodni rozszerzono kanał o tyle, że swobodnie można było wprowadzać Nr. 25 ze sztućca rozszerzadeł Hegara i wprowadzić palec wskazujący do przewodu. Wśród badania palcem okazało się, że na kilka milimetrów poniżej dolnego brzegu rzeczywistego ujścia cewki moczowej znachodzi się błona dziewicza, okalająca wnijście do bardzo wązkiej pochwy. Błona ta obciska wyraźnym cieniuchnym rąbkiem palec, wsuwający się do głębi.

Pochwa, długości 8—10 centymetrów, przepuszcza swobodnie palec; ściany jej cienkie, a kończy się naokoło drobnej, zbitej części pochwowej, o ujściu drobnem, okrągłem, dającem się wyczuć jako wyraźny dołeczek. Założono cienki dwulistny wziernik, przeznaczony do

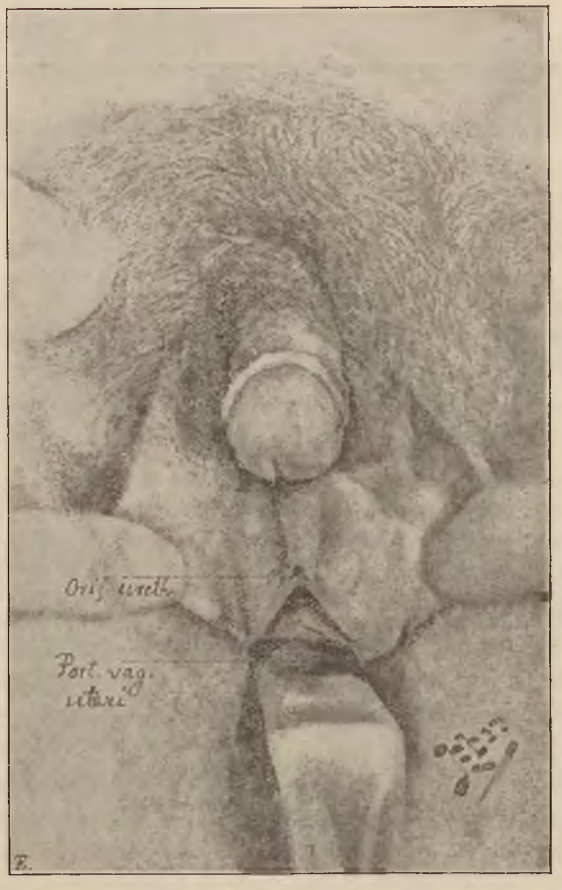


Fig IV.

badania dziewic, którym odsłonięto bardzo dobrze drobną, malutkiem ujściem opatrzoną część pochwową.

Aby umożliwić ewentualne spółkowanie rozszerzano dalej pochwę zapomocą wyżej wspomnianego wziernika dwulistnego, zrobionego na wzór wziernika Cusca, którego listki za pomocą śrubki dają się od siebie oddalać.

D. 8-go maja, zatem w 2 miesiące po operacyi, opuściła chora klinikę. W chwili odejścia, jak to na załączonej fotografii *Fig. IV.* widać, można było założyć wązki wziernik łyżkowy i po odciągnięciu tylnej ściany pochwy widzieć część pochwową. Dwa palce, acz z pewną trudnością, dają się wprowadzić do pochwy.

W przypadku opisanym zachodziła pomyłka co do określenia płci osobnika, która to pomyłka została wykryta i zapomocą zabiegu operacyjnego sprawa na pozór niejasna została wyświeconą.

W przypadku tym drogą operacyjną uzyskano możebność spółkowania, co sprawia, że przypadek ten jest interesujący i ma praktyczne znaczenie, — a to temwięcej, że, jak to już wyżej nadmieniono, leczenie operacyjne wrzekomego obojnactwa należy do rzeczy rzadkich.

Po przygotowaniu niniejszego opisu do druku, zgłosiła się chora w ostatnich dniach, czyli w 10 tygodni po opuszczeniu kliniki i utrzymuje, że aczkolwiek może sama dwa palce do pochwy wprowadzić, to mimo to spółkowanie jest utrudnione, gdyż przeszkodę stanowi wrzekome prącie i prosi by je odjąć.

Ponieważ klinika zostaje na ferye zamknięta, poleciłem chorej, aby się po wakacyach zgłosiła, gdyż mam zamiar wnijście pochwowe przez boczne nacięcie jeszcze więcej rozszerzyć, aby się spółkowanie bez przeszkody odbywać mogło, co sądzę da się wykonać.

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Mięsak sieci, czy żołądka?

Spostrzeżenie kazuistyczne.

Napisał

Dr. M. W. Herman.

Asystent kliniki.

(Dokończenie).

Przypadek ten zaciekawia głównie z powodu swych cech anatomo-patologicznych. Mieliśmy do czynienia z guzem znacznych rozmiarów, umiejscowionym w środkowej trzeciej części jamy brzusznej, makroskopowo robiącym wrażenie torbiela wielokomorowego, mikroskopowo zaś okazującym utkanie mięsaka o małych komórkach wrzecionowatych. Nowotwór ten okazywał pewne, *sit venia verbo,* zmiany patologiczne, t. j. jamy wypełnione płynem surowiczo-krwawym, obok ognisk obumarłych. Prawdopodobnie obie te zmiany stanowią dwa końcowe ogniwa w łańcuchu procesu patologicznego, wzniecone go zatorem. Nowotwór ten w całości mieścił się między blaszkami sieci większej i za pośrednictwem stosunkowo wązkiej szypuły pozostawał w bardzo ścisłym związku z krzywizną większą żołądka w odległości kilku centymetrów od odźwiernika. Po poznaniu budowy histologicznej guza zadziwiać musi jeden szczegół, tak ważny, mimo iż ujemny, że go podkreślić należy: myślę o b r a k u z r o s t ó w z i n n y m i n a r z ą d a m i jamy brzusznej, szczególnie z jelitami, z któremi przecież pozostawał w ścisłej i stałej styczności. W pierwszej chwili po operacyi zdawało się nam, że mamy niewątpliwie przed sobą przypadek rzadki nowotworu sieci — i już ta sama niecodzienność wystarczała, aby guzem tym zająć się i zainteresować. Pobieżny przegląd piśmiennictwa z ostatnich lat kilku przekonywał nas, że i gdzieindziej nowotwory sieci liczą się niemal do białych kruków.

W ostatnich 6 latach opisali M a r s h i M o u s s a r a t przypadek torbielkowatego zwyrodnienia sieci większej u dziecka; o bardzo analogicznem spostrzeżeniu mówił H. Schramm na XII Zjeździe naszych chirurgów; G. H e i n r i c i u s opisał pierwotnego mięsaka sieci, a oprócz tego może gdzieś w literaturze kryje się parę przypadków kazuistycznych z tej dziedziny, a więcej jeszcze pewno nie ogłoszono wcale, zwłaszcza o ile chodzi o mięsaki sieci, które zdarza się nam widywać niekiedy, ale w okresie, nie nadającym się zgoła do operacyi, stąd więc nie zawsze pewnych co do rozpoznania.

W czasie jednak tego przeglądu natrafiłem na opisy przypadków, które obudziły pewne wątpliwości i zachwiały wiarą w pochodzenie naszego nowotworu z sieci. Mianowicie znalazłem w źródłach, któremi rozporządzałem, opis czterech przypadków, bardzo podobnych do naszego, z których jeden figuruje pod tytulem: *„Das multiloculare Kystom des Netzes“*, trzy zaś inne opisano jako pierwotne nowotwory żołądka, wrastające następowo pomiędzy blaszki sieci większej.

Pierwszy z tych trzech, to przypadek opisany przez B r o d o w s k i e g o pod tyt.: *„Ein ungeheures Myosarkom des Magens nebst secundären Myosarcomen der Leber*[1]*)“*. Chory 57-letni zgłasza się z powodu kolosalnego powiększenia brzucha. Badaniem klinicznem (K o s i ń s k i) wykazano duży eliptyczny guz, wychodzący, jak się zdawało, z sieci. W 3 dni po nakłuciu chory umiera, a sekcya wykazuje: pomiędzy blaszkami sieci guz, ważący 12 funtów, o rozmiarach 60 × 12 × 16 ctm., pozostający w ścisłym związku z większą krzywizną żołądka, przemieszczonego ku dołowi. W środku guza jamy wielkości orzecha laskowego i większe; jamy te komunikują między sobą, a za pośrednictwem owrzodzenia o twardych wyniosłych brzegach, umiejscowionego na błonie śluzowej żołądka i dziurawiącego jego ściany, także z jamą żołądka. Mikroskopowo: mięśniako-mięsak *(myosarcoma).*

Opis drugiego przypadku zawdzięczamy J. K o s i ń s k i e m u *(Torbiel żołądka wielokomorowa).* (*Cystoma multiloculare ventriculi)*[2]). Chodziło o chorą 30-letnią, u której stwierdzić można było w jamie brzusznej guz chełboczący, lecz nic ponadto o guzie tym powiedzieć nie było można. „Po otworzeniu jamy otrzewnowej przy operacyi okazało się, że po powierzchni guza przebiegały liczne naczynia krwionośne w przednim listku sieci. Obnażywszy błonę właściwą torbiela, wypuszczono przy pomocy trójgrańca $1^1/_2$ litra płynu surowiczo-krwawego, następnie torbiel wyłuszczono. Znaczniejszych zrostów nie było. Dopiero po oddzieleniu wierzchniej części torbiela okazało się, że w górnej części torbiel był przyczepiony ściśle do wielkiej krzywizny żołądka, opuszczonej bardzo nizko. Błona surowicza żołądka przechodziła bezpośrednio na torbiel. By nie przedziurawić żołądka, wykrojono płat z błony surowiczej i powierzchownej warstwy błony właściwej, poniżej linii granicznej, dzielącej torbiel od żołądka, odseparowano torbiel od błony mięsnej żołądka, a przeszedłszy na tylną stronę torbiela, wykrojono drugi takiż płat z tychże warstw na tylnej części torbiela. Przytem zraniono tętnicę wieńcową żołądka i oba końce podwiązano[3]). Błona mięśniowa żołądka była obrażona na przestrzeni 12 × 6 ctm.; brak ten przykryto dwoma płatami błony surowiczej. Poprzecznica była zepchniętą ku dołowi i w stronę prawą. Zagojenie nastąpiło prędko, chora wyzdrowiała. Badanie drobnowidowe guza wykazało w przegródkach, zwróconych do jamy torbiela, budowę mięsakową z nader obfitemi naczyniami krwionośnemi (*„angiosarcoma cysticum“).*

Trzeci przypadek ogłasza R. B o r r m a n n i rozprawkę swą zatytułował *„Ueber Netz- und Pseudo-Netztumoren nebst Bemerkungen über die Myome des Magens*[4]*)“*.

Staruszka, 63 lat licząca, przyjętą została do szpitala w okresie konania. Za życia stwierdzono w jamie brzusznej guz chełboczący, jakby torbiel. Sekcya wykazała m. in.: guz i teraz jeszcze robiący wrażenie torbiela, który wypełniał całą jamę brzuszną i w całości mieścił się między rozklejonemi blaszkami sieci. Powierzchnia narośli guzowata, błona

---

[1]) Virchow's Archiv Bd., 67; polskiego ogłoszenia odszukać nie mogłem.

[2]) »Medycyna«, 1895, str. 393 i 415.

[3]) Tak samo było i w naszym przypadku.

[4]) Mitteilungen a d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. VI. Str. 529 i następne.

surowicza pokrywająca go miejscami zgrubiała. Guz ten jedynie za pośrednictwem wązkiej szypuły pozostaje w związku z krzywizną większą żołądka, zresztą nigdzie niema zrostów. Po zbadaniu mikroskopowem rozpoznano mięśniakomięsaka *(myosarcoma)*, z jamami w środku, wypełnionemi płynem surowiczym. Borrmann w końcu czyni uwagę, że nowotwór ten niewątpliwie wyrastał pierwotnie z żołądka.

Do tej wreszcie grupy, jako czwarty przypadek, zaliczyć należy najprawdopodobniej i ten, o którym z początku wspomnieliśmy, spostrzegany i operowany przez A. v. Bergmanna[5]) i niesłusznie uważany za „wielokomorowy torbiel sieci".

Mężczyzna 50-letni ma już od $1^1/_2$ roku miewa pewne przypadłości ze strony jamy brzusznej. Obwód brzucha wynosi 108 ctm. Guza wymacać nie można. Dwa razy nakłuwano brzuch, oba razy wydobyto po kilka litrów płynu surowiczo-krwawego. Laparotomia wykazała: duży guz torbielowaty, w górze silnie przymocowany, we wszystkich innych kierunkach swobodnie ruchomy. Po nakłuciu kilku torbielków i wypuszczeniu płynu, guz zmalał i został wytoczony na zewnątrz. Pasma sieci, przyrosłe doń, zostały podwiązane. Na dużej krzywiźnie żołądka w pobliżu odźwiernika znachodził się silny zrost guza z żołądkiem tak, że musiano wyciąć jego ściany na przestrzeni 7 ctm. Guz składał się z wielokrotnych torbieli. Ściany ich w okolicy górnego bieguna zgrubiałe. Mikroskopowo rozpoznano śródbłoniaka rakowatego *(endothelioma carcinomatosum)*.

Przypadek ten ma tak znaczne podobieństwo do spostrzeżenia naszego z jednej strony, z drugiej zaś do owych trzech obserwacyi wyżej opisanych, że choćby nawet wbrew przekonaniu A. v. Bergmanna, poważymy się zaopatrzyć tytuł w znak pytania, brak bowiem znaku pisarskiego na zamarkowanie powątpiewania.

Bez najmniejszej pretensyi, aby kazuistyka powyższa była zupełną, wcale się o to bowiem nie starałem, zbliżam się ku końcowi.

Cztery, a właściwie tylko trzy z powyższych spostrzeżeń, okazujące tak wielkie, rzecby się chciało — namacalne podobieństwo do spostrzeżenia naszego i uznane przez „biegłych" za nowotwory pierwotne żołądka, stanowić mogą dowód pośredni, przemawiający za tem, że może i w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z pierwotnym mięsakiem żołądka. Dowody zaś bezpośrednie, które również przemawiać się zdają za tem przypuszczeniem, są następujące:

1) Wybujałe włókna mięśni gładkich w szypule guza;

2) Brak zrostów z narządami sąsiednimi. (Gdyby bowiem mięsak ten wyrastał pierwotnie z sieci, powinien tak, jak z żołądkiem, zróść się i z innemi trzewami).

3) Wązka szypuła, na której guz się zwieszał, zapewniała mu bardzo mierne odżywienie; dlatego też klinicznie sprawa wlokła się prawie dwa lata i dlatego prawdopodobnie znaleźliśmy w nowotworze wyżej opisane zmiany wsteczne; (gdyby zaś guz wyrastał ze sieci, rósłby niewątpliwie lepiej, mniej byłoby w nim zmian regresywnych i choremu działoby się gorzej).

Wszystkie te jednak dowody pośrednie i bezpośrednie, razem wzięte, nie zamieniają jeszcze wątpliwej sprawy w pewną, lecz tylko w prawdopodobną i dlatego tak, a nie inaczej wystylizowałem nadpis tego ogłoszenia.

Dla usunięcia ostatecznych wątpliwości trzebaby te przypadki śledzić w ich przebiegu. Wątpię zaś, czy zadaniu temu sprostać zdołają klinicyści. Przytoczona kazuistyka, zestawiona nie z wyboru licznych przypadków, lecz w najgorszym razie obejmująca znaczny bardzo odsetek analogicznych spostrzeżeń, udowadnia, że chorzy, dotknięci taką formą mięsaka żołądka, dostają się na stół chirurga, o ile go nie ubiegnie anatomo-patolog, w okresie bardzo późnym, kiedy już obraz anatomiczny staje się trudnym do rozwikłania. Można zaś żywić uzasadnioną nadzieję, że w okresach początkowych rzecz przedstawia się bez porównania prościej i nie dwuznacznie.

Rozwiązania zagadki oczekiwać należy z sal prosektoryjnych i kto wie, czy przyszłość nie przyniesie nam typowego obrazu mięsaków, wyrastających z krzywizny większej żołądka w pobliżu odźwiernika.

W końcu poczuwam się do powinności podziękowania memu Szefowi i nauczycielowi, Panu Radcy Dworu Prof. L. Rydygierowi, za odstąpienie mi tego spostrzeżenia do ogłoszenia.

III. O lokalizacyi ośrodków mowy.

Podał
Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Z autorów polskich zdaje się jedynie Ołtuszewski zajmował się bliżej nauką o zaburzeniach mowy; dużo pracował na tem polu i na podstawie bogatego doświadczenia często zabierał głos i zaznaczał swoje stanowisko i zapatrywanie w tej sprawie. Na podstawie teoryi Flechsiga i zgodnie z jego zapatrywaniem dzieli Ołtuszewski afatyczne zaburzenia mowy na dwie główne gromady: na *A)* afazyę zmysłową: zaburzenia pamięci ruchowej, wzrokowej i słuchowej i na *B)* afazyę kojarzenną; a prócz tego — na afazyę organiczną i czynnościową. Pamięć zmysłową uważa Ołtuszewski za czynność nie oddzielnych ośrodków, lecz zakończeń nerwów zmysłowych i ruchowych, służących równocześnie do przyjmowania innych podniet. Mowa stanowi do pewnego stopnia wykładnik inteligencyi. Warunki powstania mowy są te same, co i poznania, zatem pamięć, zdolność do kojarzenia i uwaga. Przy akcie psychicznym mowy działają dwa mechanizmy: 1) niższy, automatyczny, w ośrodku kojarzennym średnim (kojarzenie pamięci słownych) i 2) wyższy, w ośrodku kojarzennym tylnym, służącym do łączenia wyobrażeń i pamięci z wyrazami. Powtarzanie słów nie jest zdaniem Ołtuszewskiego odruchem, jak to sądzą Kussmaul, Wernicke, Lichtheim i inni (p. „Przegl. Lek.„ 1903, Nr. 2. str. 17), lecz sprawą psychiczną, polegającą na świadomych licznych kojarzeniach, wyrobionych już pamięci: zmysłowej, słuchowej i ruchowej *). Powtarzanie to pozostawia ślady wyrazów w ośrodku kojarzennym średnim, wytwarzając pamięć kojarzenną. Nagromadzone ślady, wyłaniając się następnie automatycznie jako wspomnienia wyrazowe, są nieodzowne dla mowy samodzielnej. Średni ten ośrodek koja-

[5]) St. Petersburger med. Wchschr. 1897, Nr. 3.

*) *Uwaga.* Że rozwój mowy ma podstawę psychofizyologiczną, jak to Ołtuszewski przedstawia, za tem przemawia jego statystyka, wykazująca, że niedorozwój psychiczny odgrywa rolę pierwszorzędną w rzędzie przyczyn afazyi, bełkotania i mowy nosowej u dzieci.

rzenny odgrywa w początku u dziecka, zaczynającego mówić, taką samą rolę w akcie mowy, jaką później ośrodek kojarzenny tylny przy uskutecznieniu spostrzeżeń. Automatyzm mowy, odbywający się w ośrodku kojarzennym średnim, jest niezależnym od wyobrażeń i pojęć w ośrodku kojarzennym tylnym. Przy zrozumieniu mowy kojarzymy pamięć zmysłową słuchową z wyobrażeniami w tylnym ośrodku kojarzennym i w ten sposób nabywamy pojęć wyrazowych. Samodzielna zaś mowa ze zrozumieniem przychodzi do skutku przez złączenie gotowych pojęć słownych z automatycznem wspomnieniem w ośrodku średnim. Otóż afazya powstaje wskutek zakłócenia pamięci słownej zmysłowej, albo kojarzennej. Organiczne zmiany w okolicy Broca będą wywoływać objawy, jak w afazyi ruchowej podkorowej, czynnościowe osłabienie tej pamięci, objawy, jak przy afazyi ruchowej pozakorowej, a jedynie zmiany organiczne w wyspie Reila niweczyć będą nagromadzone tam skojarzenia słuchowo-ruchowe i wywoływać zupełną afazyę ruchową.

Stósownie do tego poglądu dzieli Ołtuszewski zboczenia mowy afatyczne na: *A*) afazye organiczne.

I. Afazya organiczna zmysłowa: *a*) afazya ruchowa izolowana przy zmianach w 3-cim zwoju czołowym; objawy, jak przy afazyi ruchowej podkorowej Wernickego. Brak mowy, mowa wewnętrzna zachowana, tj. chorzy rozumieją pismo i mogą pisać; *b*) afazya czuciowa, objawy, jak w głuchocie wyrazowej. (p. w.), zmiany w 1-szym zwoju skroniowym; *c*) aleksya izolowana, percepcyjna ślepota wyrazowa; chory widzi litery, ale ich nie poznaje; zmiany w rozgałęzieniach nerwu wzrokowego w bruzdzie szponowatym (*fisura calcarina*).

II. Afazya organiczna kojarzenna ośrodka kojarzennego średniego; tu należy afazya ruchowa z aleksyą i agrafią. Utrata obrazów kojarzennych słuchowo-ruchowych.

III. Afazya organiczna kojarzenna ośrodka kojarzennego tylnego: *a*) afazya kojarzenna słuchowa; objawy, jak w afazyi czuciowej pozakorowej Wernickego; zmiany w okolicy *gyrus supramarginalis; b*) aleksya kojarzenna, lub ślepota wyrazowa; objawy, jak w aleksyi pozakorowej Wernickego; *c*) afazya wzrokowa, częściowe zakłócenie kojarzeń między ośrodkiem kojarzennym średnim, a wyobrażeniowym. Chory widzi i poznaje przedmioty, lecz nie umie powiedzieć, jak się nazywają, aż do chwili, w której zostaje pobudzona inna sfera zmysłowa kory, np. dotykowa, węchowa, lub słuchowa (p. w.); *d*) ślepota duchowa: chory widzi wszystko dobrze, a nic nie poznaje i źle się oryentuje. Utrata dawniejszych wyobrażeń pamięciowych wzrokowych, zakłócenie kojarzeń, idących od wszystkich zmysłów do ośrodka wyobrażeniowego na zewnątrz powierzchni płatu potylicznego i zrazu ciemieniowego.

B) Afazye czynnościowe, polegające na osłabieniu pamięci i z tego powodu zwane „afazyami amnestycznemi“.

I. Afazye czynnościowe zmysłowe: *a*) afazya ruchowa, objawy, jak w afazyi ruchowej pozakorowej Wernickego; *b*) afazya słuchowa = afazyi Grasheya; *c*) aleksya: czytanie liter, niemożność czytania wyrazów i dysleksya.

II. Afazye czynnościowe kojarzenne ośrodka kojarzennego średniego: tu należy afazya ruchowa bez aleksyi i agrafii.

III. Afazya czynnościowa kojarzenna ośrodka kojarzennego tylnego. Chory nie jest w stanie nazwać przedstawionych sobie w umyśle rzeczy.

Oprócz tych form przyjmuje Ołtuszewski postacie mięszane.

Bischof starał się wykazać, że bezkrytyczna wiara w prawidła mowy, przyjęte przez Wernickego i innych, zaprowadziła wielu autorów na błędne drogi i często przeszkadzała postępowi poznania tych spraw. Bischof, poddając te prawidła ostrej krytyce, kwestyonuje rolę, przypisywaną ośrodkowi dla obrazów dźwiękowych, którego zniszczenie miałoby powodować według Wernickego afazyę czuciową (sensoryczną), według Bastiana amnestyczne zaburzenia mowy. W dłuższym wywodzie, opartym na rozumowaniach fizyologicznych, spostrzeżeniach klinicznych i badaniach anatomicznych, twierdzi on, że mowa samodzielna może się odbyć drogą pojęcia, — ośrodka ruchowego mowy, — dróg ruchowych obwodowych, z pominięciem ośrodka słuchowego. Objawy afazyi niekoniecznie polegać muszą na zmianach w tym ośrodku, gdyż w przypadkach, badanych anatomicznie, były równocześnie obok zmian w tym ośrodku zmiany w innych sprawach zmysłowych i w drogach łączących je z ośrodkami mowy, zmiany, które same przez się mogły być przyczyną zaburzeń mowy. Przypisanie wszystkich objawów afazyi czuciowej zniszczeniu ośrodka słuchowego jest przedwczesnem i nie usprawiedliwionem, a raczej objawy te uważać należy jako skutki uszkodzenia lewostronnych pól czuciowych (sensorycznych). Wszystkie szematy, powstałe na podstawie prawideł Wernickego, są nietylko bez wartości, lecz też szkodliwe, gdyż nie zgadzają się z rzeczywistością i prowadzą do błędnych wniosków. Tylko głuchotę wyrazową i niemozność powtarzania można z pewnością odnieść do uszkodzenia ośrodka Wernickego; reszta zaś objawów afazyi czuciowej, jak parafazya, afazya amnestyczna itd. może również, jak afazya optyczna, pochodzić od zmian w tym ośrodku, jakoteż od zmian, wywołujących powikłania na drogach, biegących od pól czuciowych do ośrodka ruchowego mowy. Zresztą wszystkie ośrodki mowy tak ściśle są ze sobą związane, że przy każdej czynności mowy wszystkie działają razem i niewydolność czynnościowa jednego z nich powoduje pewną niesprawność w innych.

Stricker występuje przeciw zdaniu, jakoby wyobrażenie słowne składało się z obrazów dźwiękowych i mniema, że raczej idzie tu o „wyobrażenie ruchowe“. Wyobrażenie słowne polega, zdaniem tego autora, li tylko na świadomości o czynnościach tych ośrodków ruchowych, na świadomości o pobudzeniu nerwów ruchowych, zaopatrujących narządy artykulacyjne. Przy każdem wyobrażeniu słownem odczuwa się niby inerwacyę tych narządów; wyobrażenia słowne są zatem natury ruchowej. Odpowiednio do tego zajęcie ośrodka ruchowego Broca *m* musi pociągać za sobą koniecznie także głuchotę wyrazową, ślepotę wyrazową z agrafią i aleksyą, gdyż wrażenia słuchowe i wzrokowe nie mogą więcej wywoływać w porażonym ośrodku ruchowym odpowiednich wyobrażeń słownych.

Barth nazywa spostrzeganą przez się formę, w której chory nie rozumiał mowy, a dobrze mówił, głuchotę czuciową (właściwie afazyą podkorową czuciową Wernickego) i sądzi, że t. zw. ośrodek dla obrazów dźwiękowych (*Klangbildcentrum*) Wernickego nie jest koniecznym dla zdolności mowy, gdyż głuchoniemi mogą mówić bez niego, po-

dobno na drodze innych narządów zmysłowych, z pominięciem całego narządu słuchowego.

Monakow znów odrzuca pojęcie afazyi przewodnictwa, wskazuje na to, że istnienie czysto korowych tylko zmian w znaczeniu anatomicznem nie jest prawdopodobnem i że anatomiczne tłómaczenie formy t. zw. afazyi pozakorowej jest jeszcze zupełnie niepewnem.

Bastian zaprzecza znów wogóle, ażeby afazya Broca wywoływała agrafię.

Z tego przedstawienia stanu rzeczy wynika cały chaos, niejasność i sprzeczność w poglądach i zdaniach o zaburzeniach mowy i ich lokalizacyi. Ze względu na niedostateczność naszych wiadomości o nie ulegających wątpliwości narządach ośrodkowych dla mowy i ich czynności, na zbyt szczupłą jeszcze liczbę dokładnych spostrzeżeń klinicznych i niedwuznacznych wyników badań pośmiertnych, wszystkie poglądy i podziały zaburzeń mowy pozostawiają na razie dużo jeszcze do życzenia. Należy przyznać, że akta tej sprawy nie są jeszcze zamknięte: że ostatnie słowo w tym przedmiocie jeszcze nie jest wypowiedziane i że od przyszłości spodziewać się mamy wyjaśnienia wielu na tem polu spraw jeszcze ciemnych.

W końcu niech mi wolno będzie dołączyć parę słów o etyologii, zapobieganiu i leczeniu zboczeń mowy.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Doc. V. Hamerschlag. **Therapie der Ohrenkrankheiten.** (A. Holder, Wiedeń i Lipsk. 1903. Cena 3 K. 80 h.).

Książka, z której zamierzamy zdać sprawę, daje więcej, niż tytuł obiecuje. Znajdujemy w niej wyłuszczone nie tylko sposoby leczenia i technikę zabiegów leczniczych, lecz także ważne i pożyteczne uwagi, tyczące się etyologii i rozpoznania, oraz wskazania i przeciwwskazania dla różnych metod leczniczych w poszczególnych stanach chorobowych narządu usznego. Z tą książką w ręku lekarz praktyczny, któremu nie jeden przypadek nasunie pewne wątpliwości i wahania, da sobie zawsze radę: znajdzie bowiem w niej pożądane pokierowanie w przypadkach zawiłych, oraz pożyteczne wskazówki i trafne uwagi wytrawnego i doświadczonego specyalisty. Nawet rzadsze zabiegi operacyjne śródbębenkowe autor dokładnie opisał ze wskazaniami i przeciwwskazaniami, aczkolwiek, zdaniem naszem, ta część książki dla lekarza praktycznego jest bez celu, gdyż ten z niej korzystać nie będzie w stanie, dla specyalisty zaś jest zbyteczną z innych powodów. Zależnie od częstości i ważności różnych chorób autor w obrazowym opisie przedstawia je mniej lub więcej dokładnie: tak n. p. roztrząsa obszernie i gruntownie lecznicze postępowanie przy ciałach obcych w uchu, przydarzających się często lekarzowi praktycznemu i będących nieraz powodem nieszczęsnych błędów w sztuce. To samo tyczy się powstania, rozpoznania i leczenia urazowych pęknięć błony bębenkowej, mających nieraz doniosłe znaczenie sądowolekarskie; dalej, leczenie spraw ropnych ucha środkowego i jam ocznych i t. p. Autor nie ograniczył się przytem na podaniu własnych tylko zapatrywań podmiotowych, lecz wyłuszcza równie dokładnie przedmiotowo wszystkie, będące w używaniu, zalecane i wypróbowane przez różnych autorów środki i metody lecznicze z uwzględnieniem ostatnich zdobyczy naukowych, doświadczeń praktycznych, co jako szczególną zaletą tego dzieła podnieść należy.

Wyczerpujący spis alfabetyczny treści, umieszczony na końcu książki, ułatwia znakomicie lekarzowi szybkie zoryentowanie się, co wszystko razem czyni to dziełko nadzwyczaj pożytecznem i godnem polecenia, szczególnie lekarzom praktycznym. Wyborna forma zewnętrzna książki jest chlubą dla znanej zaszczytnie firmy wydawniczej; cena bardzo umiarkowana. *Spira.*

V. Wyciągi.

M. Pfaundler (Graz). **O adsorbcyi wapna przez tkanki zwierzęce i o podstawach nowej teoryi krzywicy.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 37, 1903). Wzajemne oddziaływanie na siebie ciał koloidalnych i krystaloidów towarzyszy stale każdemu procesowi życiowemu, a badanie tych oddziaływań jest w stanie niejednokrotnie wytłómaczyć zjawiska zagadkowe, nie dające się pozornie zrozumieć bez przyjęcia t. zw. siły życiowej. Badania Hofmeistra okazały, że podczas pęcznienia jakiegoś organicznego koloidu, np. płytki klejowej w rozczynie soli, lub barwika, te ostatnie wchodzą w koloid na podstawie pewnych stosunków, zależnych od jakości koloidu, soli i rozczynnika. Między koloidami, a rozczynami soli istnieją zatem siły przyciągania; siły te nazwał Hofmeister powinowactwem mechanicznem, lub powinowactwem adsorbcyi; w siły tego rodzaju jest szczególnie zaopatrzoną, jak to okazał Spiro, protoplazma komórkowa tak, że wiele zjawisk wydzielania i wchłaniania możnaby wytłómaczyć w sposób czysto chemiczny, bez powoływania się na t. zw. siłę życiową.

Jeżeli do rozczynu chlorku wapniowego dodamy rozdrobnionej kości świeżo zabitego zwierzęcia, wówczas wapno zaczyna znikać z rozczynu, gdy tymczasem ilość chloru pozostaje niezmienną. Ilość zniknętego wapna zależy nietylko od ilości proszku kostnego, lecz także, i to z zachowaniem pewnej proporcyi, od stężenia rozczynu, nie zależy natomiast od temperatury. Jeżeli w ciągu doświadczenia powstrzymamy gnicie dodatkiem środków konserwujących, reakcya rozczynu staje się słabo kwaśna, a jeżeli do mięszaniny dodamy węglanu barowego, wtedy pewna ilość baru wchodzi do rozczynu. Zupełnie tak samo zachowuje się wobec soli wapniowych substancya podstawowa kości, to jest klej i to bez względu na to, czy został użytym w postaci płytki, czy też w rozczynie (w dyalizatorze). Ponieważ w powyższem doświadczeniu ilość chloru pozostaje niezmieniona, przeto w miejsce adsorbcyi drobinowej w pojęciu Hofmeistra, należało wprowadzić adsorbcyę jonów. Zjawiska powyższego nie można tłómaczyć wiązaniem chemicznem wapna przez koloid; przeciw temu przemawia brak stosunków stechiometrycznych między koloidem, a wapnem, a natomiast wielka zależność od stężenia rozczynu. Porównawcze doświadczenia, dokonane na zwierzętach normalnych i wygłodzonych na wapno (pseudorachitycznych), dokonane w ten sposób, że przez kończynę, przepłókaną fizyotonicznym rozczynem, przepuszczano rozczyn chlorku wapniowego, wykazały, że w tym drugim przypadku adsorbcya wapna się zwiększa.

Zdolność adsorbcyjna tkanek gra niewątpliwie ważną rolę w tworzeniu się kości i złogów wapiennych, a jeżeli do tego uwzględnimy doświadczenia Stöltznera, który wykazał, że nowo stworzona tkanka kościotwórcza nie posiada wybitnego powinowactwa do składników mineralnych późniejszych kości, a ono dopiero w dalszym ciągu rozwoju się wytwarza, musimy przyjść do przekonania, że zjawisko kostnienia jest zależnem od szczególnego rodzaju heteroplazyi tkanki kościotwórczej. Autor przypuszcza, że ta heteroplazya jest pewnego rodzaju autolizą, przyczem tworzą się produkta jeszcze wielkodrobinowe, odznaczające się wielkiem powinowactwem adsorbcyjnem względem wapna.

Badania nad zdolnością adsorbcyjną tkanek dzieci rachitycznych, których autor na razie nie cytuje jeszcze w całej rozciągłości, dowodzą, że ta zdolność w porównaniu z tkankami zdrowemi nie jest upośledzoną, ale też nie jest tak wygórowaną, jak u zwierząt wygłodzonych na wapno. Mamy w tem nowy dowód, że krzywica niema żadnego związku z głodem wapiennym, natomiast możnaby przypuścić, że podstawa chemiczna krzywicy leży w upośledzeniu biochemicznych przemian tkanek, skutkiem czego nie przychodzi do tworzenia się substancyi chciwych na wapno. W ten sposób możnaby tłómaczyć niewątpliwie korzystny wpływ podawania fosforu, który należy do ciał bardzo energicznie wpływających na hidrolizę składników tkanek, zawierających azot. *Seńkowski.*

A. W. Henke. **Bakteryobójcze własności szpiku kostnego i etyologia jego zapalenia.** (*Archiw biołogiczeskich nauk* t. X, Nr. 2, 1903). W celu zbadania, czy i w jakim stopniu szpik kostny posiada własności bakteryobójcze, wykonał autor cały szereg doświadczeń, używając do nich prątka duru, prątka okrężnicy, a głównie gronkowca złotego. Przytem hodowle tego osta-

tniego, wzięte z ognisk zapalnych szpiku kostnego i z otoku ropnego, przeprowadził przez szereg królików, wskutek czego jadowitość ich wzrosła do tego stopnia, że dawka 0,02 ctm.³ jednodniowej hodowli sprowadzała śmierć królika. Wymienione drobnoustroje autor wstrzykiwał młodym królikom do naczyń krwionośnych i bezpośrednio do szpiku kostnego; zapalenia szpiku kostnego tą drogą wywołać jednak nie zdołał. Nawet wtedy, gdy drobnoustroje zostały wprowadzone wprost szpiku kostnego, przedostawały się one szybko do krwi, wywołując następstwa, podobne do tych, jakie spostrzegano po bezpośredniem ich wprowadzeniu do krwi. Fakty spostrzeżone przez autora, a mianowicie, że szpik kostny o wiele łatwiej zwalcza zakażenie, niż narządy wewnętrzne, a nadto, że czysta hodowla gronkowca złotego nie wywołuje zapalenia szpiku kostnego, nasunęły autorowi pytania: 1) czy nie możnaby było praktycznie zużytkować bakteryobójczych własności szpiku kostnego i 2) jaka jest właściwa etyologia zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitidis*), skoro nie jest nią zakażenie przez gronkowca złotego. Pozostawiając na boku pierwsze pytanie, autor podaje wyniki swych badań nad drugą z powyższych kwestyi. Badał on pięć przypadków zakaźnego samoistnego zapalenia szpiku kostnego, operowanych przez prof. Kadjana. W czterech z nich nie było komunikacyi z zewnętrznem powietrzem, w jednym połączenie było. Autor zwrócił przytem główną uwagę nie na ropę, lecz na odsłoiny kości i na samą tkankę szpiku kostnego. Po długich i żmudnych badaniach wykrył autor wreszcie drobnoustrój, będący, jak mniema, swoistą przyczyną zapalenia szpiku kostnego. Autor znalazł go we wszystkich badanych przez siebie przypadkach. Do własności jego należą: jest laseczką niedużą, krótką, z zaokrąglonymi końcami, długości 0,8 do 2 μ., szerokości 0,8 μ., układa się w gronka. Przy barwieniu sposobem Grama odbarwia się. Innymi barwikami barwi się łatwo: fioletem gencyanowym i fuksyną w całości, błękitem metylowym dwubiegunowo. W bulionie powoduje jednostajne zmętnienie z utworzeniem się błonki. Przy mikroskopowem badaniu 24-godzinnej hodowli widać laseczki mniejwięcej jednakowej długości, później zaczynają przeważać postacie krótkie. Na żelatynowych płytkach tworzy kolonie śnieżysto białe, suche, błyszczące. Żelatyny nie rozrzedza. Na agar-agar z gliceryną nie rośnie. Hodowla na ziemniaku i na agarze z cukrem rośnie, wytwarzając obficie gazy. Na surowicy krwi tworzy wiotki nalot, nie rozrzedzając surowicy. Mleka nie ścina i nie zabarwia. Jest względnym beztlenowcem. Wytwarzania się zarodników autor nie zdołał dostrzedz. Ażeby wyjaśnić działanie tej laseczki na ustrój zwierzęcy, wstrzykiwał autor rozmaitym zwierzętom czyste jej hodowle pod skórę, do jamy otrzewnowej, do szpiku kostnego i do krwi. Sekcya zawsze wykazała zajęcie kości, nigdy zaś narządów wewnętrznych, lub stawów. Fakt ten tłómaczy sobie autor ciśnieniem gazów, wytwarzanych przez laseczkę, na nieelastyczną tkankę kostną, co ma wywoływać niedokrewność i następnie obumarcie kości. Wyniki, do których doszedł autor na podstawie swych doświadczeń, wykonanych na 118 rozmaitych zwierzętach, są następujące: 1) Szpik kostny posiada wybitne bakteryobójcze własności i zwalcza zakażenie łatwiej i wcześniej, niż narządy wewnętrzne. 2) Gronkowiec złoty nie posiada zdolności specyalnego umiejscowienia się w kościach i wprowadzony czy to do krwi, czy też bezpośrednio do szpiku kostnego, nie wywołuje zapalenia szpiku kostnego. 3) We wszystkich zbadanych przez autora pięciu przypadkach zakaźnego samoistnego zapalenia szpiku kostnego znalazł on i wyosobnił jedną i tę samą laseczkę, dotychczas, jak się autorowi zdaje, nieznaną. 4) Laseczkę tę, ze względu na jej stałe i wyłączne działanie na kości, należy uznać za drobnoustrój, posiadający zdolność swoistego oddziaływania na kości. 5) Można wywołać doświadczalnie sprawę, zupełnie analogiczną z zapaleniem szpiku kostnego u człowieka, przez zakażenie ustroju samą tylko laseczką, wynalezioną przez autora, lecz prędzej i w wybitniejszym stopniu występuje ta sprawa przy skombinowanom działaniu dwóch drobnoustrojów: przytoczonej laseczki i jakiegoś ropotwórczego drobnoustroju. Autor proponuje dla wynalezionej przez siebie laseczki nazwę „*bacillus osteomyelitidis*“, wyrażając życzenie, aby poszukiwania jego były sprawdzane przez innych badaczów. W tym celu daje niektóre wskazówki, które mogłyby ułatwić takie kontrolujące badania. *B. Koszutski.*

Heermann. **O chorobach występujących u robotników, pracujących w kesonach.** (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge*, Nr. 334, 1903). Nieszczęśliwe przypadki między nurkami i robotnikami, pracującymi w znacznych głębokościach, n. p. przy budowach wodnych, znane były już dawniej. Pol i Watelle tłómaczyli sobie zejścia śmiertelne przekrwieniem narządów wewnętrznych, które miało specyalnie wybitnie występować przy wychodzeniu z głębokości na powierzchnię. Inżynier Triger przyjmował za przyczynę śmierci ochładzanie się ciała przy wychodzeniu na powierzchnię; teorya ta miała zwolenników i między lekarzami. Robert Bayle w roku 1670 spostrzegał wydobywanie się gazów ze krwi przy rozrzedzeniu powietrza. W sto lat później doświadczenia te powtórzył van Muschenbroeck. Dopiero jednak Hoppe-Seyler w r. 1857 wypowiedział zdanie, że przyczyną wszystkich objawów jest wolny gaz w naczyniach krwionośnych, który wywiązuje się przy przejściu z pod wysokiego do niższego ciśnienia. Badania Hellera, Magera i Schröttera, którzy poszukiwania swoje przeprowadzili nad robotnikami, zatrudnionymi przy robotach wodnych w Nussdorf pod Wiedniem, potwierdziłyby zdanie Hoppe-Seylera, jak również zdanie P. Berta, który w r. 1872 wykazał, że tym wolnym gazem w naczyniach krwionośnych jest azot. Wspomniani trzej autorowie rozróżniają dwie grupy objawów: objawy ze strony układu krążenia płuc i objawy ze strony układu nerwowego ośrodkowego, głównie ze strony rdzenia. Wszystkie objawy mają swą przyczynę w obecności wolnego azotu w naczyniach krwionośnych; w rdzeniu z tego powodu powstają małe ograniczone obumarcia. Środkiem usuwającym te objawy jest możliwie szybka rekompresya z ewentualnem jednoczesnem wdychaniem tlenu. H. robił obserwacye co do organu słuchu na robotnikach, zatrudnionych przy robotach wodnych w Kilonii.

Wogóle większych zaburzeń nie spostrzegano, co trzeba przypisać ostrożnościom, jakie zachowano przy spuszczaniu robotników i przy podnoszeniu na powierzchnię. Większość robotników skarżyła się początkowo na uczucie ciśnienia w uszach, czemu odpowiadało większe lub mniejsze nastrzykanie bębenków. Często autor spostrzegał śród robotników zapalenie ucha środkowego, ewentualnie z wysiękiem krwawym. Częstość ostrych zapaleń ucha środkowego tłómaczy autor częstością nieżytów nosowych u robotników. Nieprzyjemne uczucie ciśnienia w uszach starają się robotnicy odruchowo usunąć, wykonywując ruchy połykowe, lub jeżeli to nie pomaga, wykonywają zabieg Valsalvy. W ten sposób wyrównuje się ciśnienie wewnątrz jamy bębenkowej. W jednym przypadku przy forsownie wykonywanym zabiegu Valsalvy nastąpiło pęknięcie bębenka; w drugim, w którym zabieg Valsalvy nie udał się, nastąpiło pęknięcie zbliznowaciałych bębenków po obydwu stronach. U robotników, którzy skarżyli się na uczucie ciśnienia w uszach, H. stwierdził badaniem strojnikami upośledzenie słuchu małego stopnia, które szybko mijało. O wiele większe zmiany stwierdził przy podnoszeniu się na powierzchnię. Szybkość, z jaką robotnicy podnosili się do góry, wynosiła 0,1 atmosfery na jedną minutę. H. stale stwierdzał zmniejszenie się przewodnictwa kostnego i percepcyi dla wysokich tonów. W wielu przypadkach zaburzenia te były tylko przemijające, w innych utrzymywały się nawet przez czas dłuższy, zależnie od szybkości podnoszenia się i stopnia ciśnienia, przy jakiem pracowano. W niektórych przypadkach wystąpiły objawy Ménière'a. W przypadkach, w których podnoszenie odbywało się z szybkością 0,1 atmosfery na dwie minuty, H. nie spostrzegł żadnych zaburzeń ze strony narządu słuchu. Co do istoty i umiejscowienia zmian w samym narządzie słuchu, to jednoczesne występowanie objawów ze strony układu nerwowego ośrodkowego przemawia za przyjęciem zmian ośrodkowych; nie można jednak zaprzeczyć stanowczo zmian w zakończeniach nerwów słuchowych. Co do higieny ucha, to jedynie robotnicy z ostrem zapaleniem ucha i ropnym wyciekiem z nosa powinni być wykluczeni od roboty. Robotnicy z przewlekłem ropieniem ucha i ze zmianami w błędniku powinni zwracać szczególniejszą uwagę na swój narząd słuchu. Robotnicy z suchem przedziurawieniem bębenka nadawali się szczególnie do tego rodzaju robót. Wychodzenie na powierzchnię powinno odbywać się wolniej; autor radzi podnosić się z szybkością 0,1 atmosfery na dwie minuty. *Dr. Teofil Zalewski.*

Pfeifer i Friedberger. **O bakteryobójczych własnościach promieni radu** (*radium*). (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28, 1903). Autorowie robili doświadczenia bromkiem radu w ilości 0·0025 grm. i przekonali się, że siła promieniowania tej małej ilości była tak wielką, że duży parasol fluoryzujący (z sinku platynowo-borowego), znajdujący się w odległości większej, niż 10 ctm., począł świecić się w zupełnie ciemnym pokoju, oprócz tego można było tą ilością prześwietlić rękę, płytę bronzową grubości 5—6 ctm., trzy płytki platynowe, położone na sobie itd. Robili także doświadczenia nad siłą bakteryobójczą promieni Becquerela i to w ten sposób, że puszkę z radem trzymali w ciemności na odległość 6 do 10 ctm. od płyt żelatynowych z hodowlą durową i cholery. Mimo 24-godzinnego czasu działania wynik był ujemny. Przypuszczali więc, że odległość jest za wielka i próbowali przy odległości 1 ctm.; pokazało się, że miejsca żelatyny, zasianej koloniami duru, naświetlane przez 48 godzin w ciemności, przybierały inne wejrzenie, stawały się w obwodzie dwucentymetrowym przejrzyste, czyste, jak szkło, podczas gdy miejsca sąsiednie zasiane były koloniami. Dur

szczepiony na miejscach naświetlanych, rozwijał się dobrze, coby świadczyło o tem, że promienie Becquerela nie wywołują zmian w pożywce, lecz działają wprost na drobnoustroje. Podobne próby robili autorowie z hodowlami cholery, na których miejsca naświetlane stawały się już po 16 godzinach jałowemi, o czem przekonali się, wycinając naświetlane miejsca żelatyny i szczepiąc je na agarze; ten zostawał jałowym. Nitki, napojone zarodnikami wąglika, stawały się jałowemi po 72 godzinach. Autorowie nie chcą jeszcze tej sprawy rozstrzygać, czy tu wywołuje się działaniem promieni radu zupełne zniszczenie drobnoustrojów, czy tylko długotrwałe powstrzymanie w rozwoju. W każdym razie otwiera się pole do leczenia spraw zakaźnych skóry, jak wilka itp. Praktyka i doświadczenia na zwierzętach okażą, czy nadzieje te się spełnią, albo też może działanie szkodliwe tych promieni na komórki ustroju stanie na zawadzie ich leczniczemu zastosowaniu. *B. Żmigród.*

Rose. **Najnowsze metody operacyjne nieuleczalnych przetok pęcherzowo-pochwowych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, 24). Aby módz powiedzieć, że w danym przypadku uzyskało się wyleczenie, należy wypełnić trzy warunki, a mianowicie: 1) operacya musi udać się technicznie; 2) funkcya ma być zupełnie przywróconą; 3) wyleczenie to musi być trwałe. Do nowszych rękoczynów należą: zarośnięcie poprzeczne (*Querobliteration*) pochwy z plastyką cewki moczowej i założeniem przetoki odbytniczo-pochwowej, nadto stosowane często przez autora zaniknięcie podłużne (*Längsobliteration*) przedsionka z przetoką odbytniczo-pochwową. Nie należy tu zupełnie obawiać się tego, żeby zwieracz rzyci nie mógł utrzymać moczu, albo by mocz wywoływał zmiany na błonie śluzowej jelita w postaci owrzodzeń; doświadczenie długoletnie autora pouczyło go o tem. Chore pozostają już od wielu lat w dobrym stanie. *B. Żmigród.*

Treitel. **O wyniku badań w zakładzie dla głuchoniemych w Weissensee i o wartości ćwiczeń słuchowych.** (*Berliner med. Wochenschrift* 1903, Nr. 11). Statystyka oblicza stosunek głuchoniemoty wrodzonej do nabytej, jak 100: 123. Autor stwierdził przy badaniu 43 dzieci w wymienionym zakładzie stosunek odwrotny, mianowicie 75·6%: 25%. Z liczby badanych 86 uszów, 44 było zupełnie głuchych, inne zaś miały resztki słuchu. Wpływy dziedziczne występują przeważnie w głuchocie wrodzonej; lecz cechy zwyrodnienia rodziców, a szczególnie alkoholizm i kiła dziedziczna wywołują nieraz głuchotę po urodzeniu. Liczba dzieci głuchoniemych jest znacznie większą u żydów, niż u ludzi innego wyznania. W Prusiech wykazano na 10.000 ewangielików 99 głuchoniemych; na takąż liczbę żydów 144. Statystyka poucza, że te same wpływy dziedziczne, co wywołują głuchoniemotę, sprowadzają idyotyzm i głupowatość (*imbecillitas*). Tak głuchoniemi, jak również głupowaci pochodzą często z małżeństw spokrewnionych; według liczb, zestawionych w urzędzie statystycznym berlińskim między żydami zachodzą trzy razy tak często małżeństwa spokrewnione, jak u ludzi innych wyznań. Najzgubniejszy wpływ na potomstwo ma małżeństwo spokrewnione razem z obciążeniem dziedzicznem. Przez ćwiczenia słuchowe szczątki słuchu rozwijają się i mowa się poprawia. *Spira.*

Prof. S. E. Henschen. **Czy guz rdzenia może dobrowolnie ustąpić?** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Medizin und Chir.* Tom XI, Zeszyt 3, 1093). Dorosły mężczyzna, obecnie 43 lat liczący, zauważył w latach 1876 i 1877 rozwój licznych guzków podskórnych. Większe z nich wyłuszczono w Upsali w latach 1892, 94 i 96. Stwierdzono wówczas, że są to rzekome nerwiaki, złożone z wiotkiej tkanki włóknisto śluzakowatej. Guzki te pozostawały w bardzo luźnym związku z odpowiednim pniem nerwowym i dały się łatwo wyłuszczyć na tępo. Tymczasem już w roku 1889 chory zauważył stężenie w karku i bóle w tejże okolicy. W roku następnym pojawiła się sztywność w prawem kolanie. W dalszym ciągu wystąpiły zaburzenia czuciowe w ramieniu prawem, a w roku 1892 gwałtowne kurcze w całem ciele ze wzmożonymi odruchami, które po krótkiem trwaniu ustąpiły miejsca ogólnemu niedowładowi rąk, nóg i tułowia z równoczesnem upośledzeniem czucia. Stan taki bez zmiany utrzymywał się przez dwa lata, aż w listopadzie 1894 r. zauważono pewną poprawę, która odtąd stale, aczkolwiek powoli postępując, sprawiła, że w maju 1895 r. chory, przed rokiem jeszcze zupełnie bezradny, sam udał się na dworzec kolejowy, niosąc w ręku zawiniątko. W r. 1901 stwierdzono stan ogólny dobry. Rozpoznanie w tym przypadku zdaniem autora wahać się mogło między histeryą, guzem rdzenia i kiłą. Po wykluczeniu sprawy pierwszej i ostatniej rozpoznał H. guz rdzenia i to guz tejsamej przyrody, co i guzki obwodowe, wychodzący z otoczenia korzonków (z części w kanale kostnym jeszcze położonej) nerwów szyjnych po stronie prawej, następowo uciskający na rdzeń. Myślano o operacyi: trudno jednak było zdecydować się na nią, sądzono bowiem, że guzków takich w rdzeniu będzie wiele, a po ewentualnem usunięciu jednych, wyrosną nowe. Tymczasem chory wbrew przewidywaniom, wyzdrowiał. Stało się to najprawdopodobniej w ten sposób, że gdy guz rozrósł się do pewnych rozmiarów, uległ w wązkim kanale uciskowi, naczynia jego zostały ugniecione, co spowodowało zwyrodnienie tłuszczowe i wessanie tkanki składowej guza. *Herman.*

Dr. Charles Greene Cumston. **Uwagi nad kiłą wątroby z chirurgicznego punktu widzenia.** (*Archiv Langenbecka* Tom 70, Zeszyt 2, 1903). Rozważając kilka własnych i kilkadziesiąt znanych z piśmiennictwa przypadków kiły trzeciorzędnej wątroby, przychodzi autor ostatecznie do wniosku, że rozpoznanie możliwe jedynie tylko z pewnem prawdopodobieństwem, o ile obok guza, względnie guzów w wątrobie i towarzyszącej żółtaczki, puchliny brzusznej itd., znajdziemy inne objawy kiły wrodzonej lub nabytej. Wskazanem jest oczywiście w pierwszym rzędzie leczenie swoiste; dopiero wówczas, gdy to pozostaje bez skutku, czyli gdy kilak uległ już zmianom wstecznym, znajduje autor wskazanie do zabiegów chirurgicznych, polegających na wyłuszczeniu guza, o ile ten jest korzystnie usadowionym. *Herman.*

Dr. A. Feldt. **W sprawie rozpoznawania za życia złośliwych nowotworów.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 28). F. radzi, aby w każdym przypadku krwioplucia u ludzi, u których brak nam niewątpliwych podstaw do rozpoznania gruźlicy, dokładnie plwocinę zbadać makroskopowo (na czarnem tle), a każdy strzęp podejrzany badać mikroskopowo. Tym sposobem udało się autorowi w dwóch przypadkach rozpoznać za życia mięsaki płuc. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Thigenol. [*Therapeutische Monatshefte* 1903]; środek pokrewny ichtyolowi, mający zalety tego ostatniego, a bez jego wad, zawiera 10% organicznej siarki, barwy ciemno-brunatnej, syrupowatej gęstości, bez smaku i zapachu, rozpuszcza się w wodzie, glicerynie i alkoholu. Na skórze z łatwością wysycha, nie lepiąc się, a z bielizny daje się zmyć zwykłą wodą. Działanie thigenolu oddaje cenne usługi w chorobach skórnych i kobiecych. Jaquet poleca go przeciw świerzbowi i wypryskom, połączonym ze świądem. Nawet u dzieci z wrażliwą skórą stosowano z widocznym, a dobrym wynikiem ½ do 1% maść thigenolową przeciw sączącym i łuszczącym wypryskom twarzy; u starszych używano silniejszych roztworów, bo 10% do 15%. Jako przetwór siarkowy wypróbowano thigenol w zmianach wydzielniczych gruczołów łojowych, a więc w łojotoku twarzy i głowy. I tu środek ten nie zawiódł oczekiwań, a swoją rozpuszczalnością w wodzie, lub alkoholu przewyższał pokrewne mu przetwory, łatwo bowiem zamiast wszelkich maści użyć go, zwłaszcza w powyższych zmianach chorobowych, w postaci roztworów do 50%. U blondynów jasnych barwi thigenol włosy na słabo brunatno, stąd u nich mniej godny zalecenia. W odmrożeniach, jako 10% maść, lub collodium znosił świąd i palenie.

W chorobach kobiecych polecają go Merkel i Flatau w postaci 10% do 20% tamponów glicerynowych, przypisując mu działanie podobne do ichtyolu, lecz przewyższające go 1) bezwonnością, 2) rozpuszczalnością w wodzie, 3) łatwą usuwalnością z bielizny, 4) działaniem kojącem świąd i ból, 5) taniością. *S. P.*

W. Bauer zrobił jak najgorsze doświadczenie ze **śródżylnemi wstrzykiwaniami** roztworu 1: 5000 **formaliny**, zaleconemi przez Barrowa w stanach septycznych. Nawet w doświadczeniach szczury, zakażone i leczone tym roztworem, ginęły prędzej, aniżeli zwierzęta użyte do kontroli. Bauer sądzi, że ten roztwór formaliny nie zabija bakteryj krążących we krwi, lecz tylko rozcieńcza toksyny. A tosamo osiągnąć można roztworem fizyologicznym soli kuchennej. *Herman.*

Leczenie padaczki samoistnej bromipiną (33⅓%-ową). (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 1903) poleca Gareis. Oddaje ona dobre usługi, jeżeli zabiegi obejmą inne czynniki, należące do leczenia padaczki. Prawda, że trwałego wyleczenia i tym środkiem osiągnąć nie można, jestto jednak krokiem naprzód, że bromipina nie sprowadza ujemnego wpływu soli bromowych, a skuteczność jej jest tasama. Najlepiej podać bromipinę w kapsułkach żelatynowych. Do zalet tego leczenia należą: 1. dokładna dawka; 2. brak nieprzyjemnego smaku; 3. wessaniu ulega pełna dawka; Baczną uwagę zwrócić należy na sen. Mózg chorego na padaczkę potrzebuje przedewszystkiem głębokiego snu. Jeżeli go niema przynajmniej w początku leczenia, trzeba go wymusić odpowiedniemi środkami. Do warunków wzmacniającego snu należą: lekka dyeta, spokój umysłowy pod wieczór, zupełna cisza, zaciemnienie i prze-

wietrzenie pokoju, dobre łóżko z sprężynowym materacem, wysokie ułożenie głowy, ułożenie się do snu w odpowiednim czasie. „Szczególnie cennem jest zażycie łyżki bromipiny, lub 1—2 kapsułek przed spaniem. Leczenie musi właściwie trwać całe życie, choć często występują w chorobie przerwy, trwające lata. *Baschkopf.*

VII. XIV międzynarodowy Zjazd lekarski w Madrycie

(23—30 kwietnia 1903).

Sekcya dla medycyny wewnętrznej.

Podał

Dr. Henryk Pisek.

1. Ballota Taylor (Santadez): **Patogeneza i nozografia gruźlicy.** Po długich wywodach teoretycznych dochodzi autor do wniosku, że istotna ochrona przed gruźlicą ma się zasadzać na 1) wydoskonaleniu socyalnych i higienicznych warunków ogólno-towarzyskiego życia, 2) na wzmacnianiu ustroju dziecięcego, okazującego dziedziczną skłonność do gruźlicy.

2. Robin (Paryż): **Przeciwieństwa gruźlicy.** Autor wychodzi z punktu widzenia, że gruźlica jest przeciwieństwem gośćca i stara się udowodnić, że odpowiednio do tego jest i wymiana gazów w obydwu chorobach przeciwną. Także i chory gośćcowy może się nabawić gruźlicy, jeśli skutkiem rozmaitych powikłań utraci swoją względną odporność, albowiem wówczas zmienia się u niego cały chemizm oddychania. U gośćcowego można stwierdzić następujący swoisty typ wymiany gazów: zmniejszenie się ogólnej wymiany gazów, spowodowane bardziej skutkiem nadmiernego nagromadzenia się kwasu węglowego, aniżeli przez przyjmowanie mniejszej ilości tlenu. Gośćcowy, który mniej tlenu przyjmuje, niż człowiek zdrowy, zużywa z tego więcej dla utlenienia substancyi azotowych; tę nieprawidłowość w wymianie materyi można stwierdzić w 72% dzieci, pochodzących z chorych gośćcowych. Stany, jak otyłość, cukrzyca, rak, różne postacie niestrawności, alkoholizm, urazy psychiczne, szczególniej stany przygnębienia, zmieniające całkowicie lub częściowo wymianę materyi i gazów chorego gośćcowego, powiększają mniej lub więcej jego skłonność do gruźlicy; dychawica zaś, miażdżyca tętnic, zapalenie nerek i t. d. pozostają bez wpływu.

3. L. Meunier (Paryż): **Chemiczne rozpoznawanie nadmiaru chlorków** *(hyperchlorhydria)*. Dla ustalenia miana „hyperchlorhydria" zwyczajny sposób oznaczania całości kwasoty i wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej (po próbnem śniadaniu) nie wystarcza; jedynie pewny jest sposób zapomocą oznaczenia istot skrobiowatych i cukru (metoda Fehlinga).

4. Codina-Castelvi (Madryd): **Bezbolesność** (*analgesia*) **skutkiem czystego tlenu.** Autor demonstruje przyrząd własnego pomysłu, służący do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań podskórnych tlenu. Działanie, — występujące po 5—30 min., a trwające od 24 do 48 godzin, obejmuje tę całą okolicę nerwu obwodowego, w obrębie którego nastąpiło wstrzyknięcie; jednorazowa dawka wynosi 200 do 500 ctm.³ tlenu; przed upływem 24—48 godzin nie należy drugi raz w tem samem miejscu wstrzykiwać. Znakomity skutek miał być w rwie kulszowej, nerwobólach splotów karkowego i barkowego, a nawet w wielokrotnem zniekształcającem zapaleniu stawów. Jest nadzieja, że i przy bolesności przewodu pokarmowego lub powierzchownych rakach wyniki po tlenie będą równie skuteczne.

5. Hennecart (Seden): **O znaczeniu radioskopii i radiografii dla poznania rozpoczynającej się gruźlicy.** Spostrzeżenia swoje opiera autor na 32 przypadkach, w których chorobowo zmienione szczyty płucne były mniej przeźroczyste, lub też stwierdził po stronie chorej usuwanie się przepony ku dołowi podczas oddychania. Ten sposób wczesnego rozpoznania gruźlicy powinien być szczególnie zastosowany (2 razy do roku) u dzieci szkolnych i osób powołanych do służby wojskowej.

6. Sanchez Herrero (Madryd): **Leczenie gruźlicy.** Opiera się ono na modyfikacyi sposobu Landerera: stosował bowiem Herrero roztwór 4:100 cynamonianu sodowego, wstrzykując go pod obojczyk w 10—20 razy większych dawkach. Wszystkie przypadki były bez wyjątku gorączkujące i ciężkie. W dalszym ciągu leczenia H. zwiększał dawkę. Skutek polegał na ustąpieniu gorączki, powiększeniu się łaknienia, zmniejszeniu się kaszlu i odkrztuszania; przeciętnie po 3-ch miesiącach znikały prątki. Wyleczenie w 80% wszystkich przypadków; jedynie bezskuteczne było leczenie w przypadkach powikłanych z gruźlicą kiszek.

7. Starck (Heidelberg): **Ezofagoskopia i jej znaczenie rozpoznawcze.** Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi Starck do następujących wniosków: Ezofagoskopia da się przeprowadzić w przeważającej liczbie przypadków. Jestto najlepszy sposób rozpoznania i określenia siedziby ciała obcego. Wczesne rozpoznanie raka jest tylko możliwe na tej drodze; także inne anatomiczne zmiany (wrzód, zapalenia i t. d.) dadzą się z łatwością odkryć. Rozpoznanie różniczkowe między schorzeniami czynnościowemi a organicznemi da się nierzadko jedynie zapomocą ezofagoskopu przeprowadzić. Po zgłębniku żołądkowym jest ezofagoskop najważniejszem narzędziem do badania przełyku.

8. Robert Bell (Glasgow): **Patogeneza i bezkrwawe leczenie raka.** Za przyczynę raka należy przyjąć enterotoksemię, t. j. wchłanianie trujących niestrawionych resztek istot białkowatych w przewodzie pokarmowym. Toksalbuminy, dostawszy się w ten sposób do ogólnego krążenia, działają szkodliwie na układ nerwowy, upośledzają odżywienie komórek i prowadzą do ich osłabienia i rozpadu. Zazwyczaj zdrowy gruczoł tarczykowy może te jady jelitowe zobojętnić; dopiero wówczas, jeśli działanie tego gruczołu jest podkopane, następuje wchłanianie istot trujących (autor opiera się przytem na znanych doświadczeniach F. Bluma z Frankfurtu n. M.); równocześnie pojawiają się we krwi sacharomycety i wywołują urycydemię: jady i kwas moczowy wywierają teraz wspólnie swój zgubny wpływ na budowę komórek, sprowadzając tę złośliwą przemianę. Wychodząc z tego punktu widzenia, zaleca Bell w leczeniu raka podawanie wyciągu gruczołu tarczykowego, równocześnie zaś celem zniszczenia sacharomycetów stosowanie kwasu salicylowego, względnie aspiryny; wreszcie wskazana jest dyeta mleczna.

Monmenen y Lopez Reinoso (Madryd): **Leczenie odry naświetlaniem.** Autor omawia stosowanie naświetlania (według Finsena) w przypadkach odry. Czerwone światło na zapalenie spojówek tem korzystniejszy wywiera wpływ, im więcej wyłączone jest światło białe i im bardziej są skutkiem tego oczy wyswobodzone z pod drażniącego działania białych promieni. Czerwone światło niema jednak najmniejszego znaczenia dla całej sprawy chorobowej, ani nie zdoła skrócić czasu jej trwania, ani też uchronić przed powikłaniami. Całe leczenie nie jest ani etyologiczne, ani patogenetyczne, lecz czysto objawowe.

Tenże: **Odżywienie w chorobach zakaźnych.** W przebiegu chorób zakaźnych odżywienie jest wielce ograniczone z powodu równoczesnego po większej części schorzenia przewodu pokarmowego: rozwija się bowiem czynnościowe upośledzenie, zajmujące tak sferę ruchową, jak i wydzielniczą żołądka i jelit. Wobec tego pokarmy winny być możliwie lekkie i płynne; także i po upływie właściwej choroby, by uniknąć nawrotów, ma być odżywienie ograniczone tak co do ilości, jak i jakości.

W dyskusyi zaleca Maragliano (Genua) za przykładem Quciro'la odżywienie *per rectum* aż do okresu zdrowienia; ma to uchronić przed bębnicą i przedziurawieniem kiszek.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

7. Zawadzki (Warszawa): **Zator tłuszczowy po złamaniach kości.** Prelegent podaje kilka przypadków zatoru tłuszczowego w nerkach (u 58-letniego chorego), w jednem płucu, w obu płucach itd. Zwraca także uwagę, że zatory tłuszczowe mogą powstawać nietylko po złamaniach kości, ale także po stłuczeniach, zmiażdżeniach mięśni, ortopedycznych zabiegach itp.

8. Zawadzki (Warszawa): **Zwężenia urazowe przełyku.** Z. przestrzega przed zgłębnikowaniem przy zwężeniach, powstałych po urazie; w tych przypadkach radzi lepiej założyć przetokę żołądkową, a zgłębnikować dopiero potem, gdy już niema żadnego niebezpieczeństwa jeszcze większego uszkodzenia przełyku zgłębnikiem. Opisuje przypadek, w którym z tego wskazania robił gastrostomię.

9. Zawadzki (Warszawa): **Zaburzenia mowy po złamaniach kości czaszki.** W dwóch przypadkach urazu czaszki wystąpiły po jakimś czasie zaburzenia mowy i pamięci, parafazya i utrata pamięci; chorzy nie mogli na oznaczenie przedmiotów widzianych dobrać odpowiednich wyrazów, mylili się, przekręcali itd. Miejsce urazu i uszkodzenia mózgu oznaczał Z. zapomocą sposobu Krönleina.

W dyskusyi zabierali głos: Rydygier (Lwów), Łapiński (Warszawa) i Kader (Kraków).

10. Bossowski (Kraków): **O wrodzonych zarośnięciach jelita cienkiego z (demonstracyą preparatów).** Zarośnięcia

wrodzone jelita należą do rzadkości; dotychczas znanych jest 198 przypadków wrodzonego zamknięcia światła w przewodzie pokarmowym na przestrzeni od odźwiernika do jelita esowatego włącznie. Z tego wypada 120 przypadków (60%) na jelito czcze i biodrowe. Powstaje przytem charakterystyczne ściągnienie kurczowe i niedomoga całego jelita obwodowego od siedziby zarośnięcia aż do odbytnicy, która na wysokość 10—12 ctm. powyżej otworu stolcowego jest drożną dla palca dorosłego człowieka, a pomieścić może 50—60 ctm.^{3} cieczy. Przeszedlszy objawy, rozpoznanie i rokowanie wrodzonego zarośnięcia jelita u noworodków, opisuje B. swoje dwa przypadki, z których jeden miał zarośnięcie wrodzone w jelicie czczem, drugi zaś okazywał to wrodzone zamknięcie światła na znacznej przestrzeni w dolnym końcu jelita biodrowego, w blizkości jelita ślepego. Wszystkich dotychczas operowanych przypadków było 31, ale wynik operacyi był niepomyślny, gdyż wszystkie, jakoteż i podane dwa przypadki Bossowskiego, pomarły w kilka dni po operacyi. Wyniki dotychczasowe nie powinny odstraszać; trzeba się starać o przywrócenie drożności, tembardziej, że dzieci te są zazwyczaj dobrze rozwinięte, zdolne do życia, i przez przywrócenie drożności jelit mogą być ocalone. B. na podstawie swych spostrzeżeń jest zdania, że wobec zarośnięcia w dolnym końcu jelita biodrowego należy połączyć odcinek, znajdujący się powyżej miejsca zamknięcia jelita zapomocą enteroanastomozy wprost z górnym końcem odbytnicy, której szerokość światła sprzyja wynikom anastomozy. W razie wrodzonego zamknięcia światła w górnych odcinkach jelita biodrowego, lub w jelicie czczem, skłania się B. do poleconego przez Brauna wszycia obu końców zamkniętego jelita w ranę brzuszną i stopniowego rozszerzania potem jelita obwodowego sposobami Brauna, lub też drenowaniem jelita obwodowego od rany, aż do otworu stolcowego coraz grubszymi drenami. Potem zdaniem B. należy dla połączenia odcinków jelita wszytych w ranie brzusznej zrobić enteroanastomozę przy pomocy szwu. Następnie demonstruje B. preparaty z niedrożności wrodzonej swych dwóch przypadków i innych ze zbiorów krakowskiego zakładu anatomii patologicznej.

11. Ciechanowski (Kraków): **Pneumatosis cystoides intestinorum** (z demonstracyami). Zmianę tę stwierdzono już za życia u kobiety młodej, u której z powodu wrzodu żołądka zrobiono gastroenterostomię, a C. stwierdził zmianę tę na zwłokach. Dokładne badanie drobnowidowe i doświadczenia na zwierzętach, nadto odpowiednie piśmiennictwo tej rzadkiej sprawy i jej pokrewnych chorób u ludzi i zwierząt, wskazują, że zmian powstają niewątpliwie za życia, rozwijają się przewlekle i mogą, jak się zdaje, samoistnie znikać. Pozostaje dotychczas nieudowodnionem, żeby zmiany te były następstwem działania bakteryi; z drugiej zaś strony można przypuszczać, że przyczyna tych zmian jest tylko mechaniczna. Na podstawie badań histologicznych sądzi prelegent, że leczenie chirurgiczne tego cierpienia przez wycinanie powstających guzów powietrznych zdaje się nietylko być bezcelowem, ale nawet błędnem.

12. Ciechanowski (Kraków): **Demonstracya preparatów z przypadku** *lymphosarcomatosis* (*lymphoma malignum* Billrothi). C. przedstawia preparaty z przypadku *lymphosarcomatosis universalis* u starszego mężczyzny. W tym przypadku uległ szczególnie znacznym zmianom narząd chłonny w całym przewodzie pokarmowym, a cały obraz anatomiczny przemawia za tem, że bujanie tkanki chłonnej jest tu pierwotnie wieloogniskowe.

13. Pruszyński (Warszawa): **Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych, oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych.** (Referat). Schorzenia dróg żółciowych powstają na tle zakażenia; zakażenie to przychodzi do skutku przy sprzyjających warunkach przez drobnoustroje, zawarte w dwunastnicy, jeśli te są w stanie spotęgowanej jadowitości, bądź też prawdopodobnie drogą krwi, za czemby przemawiały doświadczenia różnych autorów, którzy wykazali, że laseczniki duru, wąglika, pneumokok, gronkowiec złocisty, mogą przechodzić do żółci, nawet nie wywołując żadnych zaburzeń w drogach żółciowych. Prelegent omawia następnie zachowanie się żółci wobec drobnoustrojów, następnie ogólne formy schorzeń dróg żółciowych, ich objawy, co się daje ująć w następujących pięciu punktach:

1. Przy stanach zapalnych przewodów żółciowych niezmiernie ważną odgrywa rolę zakażenie z przewodu pokarmowego. 2. W powstawaniu kamicy przyjąć należy obok zakażenia, jako najwybitniejszy czynnik przyczynowy skazę, oraz warunki, przy których drogi żółciowe, a zwłaszcza pęcherzyk, ulega wydłużeniu i wygięciu, co powoduje utrudniony odpływ żółci. 3. W większości przypadków kamica żółciowa przebiega skrycie, nie wywołując żadnych zgoła objawów. 4. W wielu przypadkach (prawie 10%) nawet ciężkich zabrzeń kamienie wyjść mogą drogą naturalną, nawet wtedy, gdy czasowo uwięzną w przewodzie żółciowym wspólnym. 5. Z drugiej strony kamica może wywołać bardzo groźne następstwa, nawet wtedy, gdy kamienie znajdują się tylko w pęcherzyku żółciowym. O tem, według prelegenta, musi lekarz pamiętać, gdyż rozstrzygnięcie leczenia, czy ma być wewnętrzne, czy chirurgiczne, należy do bardzo trudnych rzeczy. Zasada leczenia wewnętrznego polega nie tyle na usunięciu kamieni, jak na pozostawieniu chorego w bezwzględnym spokoju i wprowadzaniu soli w postaci wody karlsbadzkiej, lub Vichy. Dla chirurga pozostaje najwyżej 25% przypadków, jeżeli się zważy, że 50% chorób dróg żółciowych przebiega skrycie, a w dalszych 25% niema wskazań do zabiegu operacyjnego. Wskazania do operacyi według prelegenta są następujące: 1) Bezwarunkowo należy operować w przypadkach zapalenia otrzewnej, powstałego w następstwie chorób dróg żółciowych, czy ono wystąpiło bez obrażenia ścian pęcherzyka, względnie przewodów żółciowych, czy też po ich przedziurawieniu do jamy otrzewnej. 2) W przypadkach zakażenia dróg żółciowych, żółtaczki i gorączki przepuszczającej z obfitymi potami, bez względu na siedlisko kamienia. Mowa jest tutaj o t. zw. *fièvre hepatique*, która kolce nie towarzyszy. Jeśli gorączka przepuszczająca przyjmie cechy stałej, a w moczu wystąpi urobilina w większej ilości, to operacya jest *ultimum refugium*, gdyż wtedy mamy do czynienia z ciężkiem obrażoniem komórek wątrobowych, w których prawidłowy barwik wytwarzać się nie może. 3) W przypadkach stałej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, nawet wtedy, gdy niema objawów zakażenia dróg żółciowych, ze względu na upośledzenie odżywienia i na możliwość zakażenia, jakoteż bardziej poważnych zaburzeń czynności wątroby. 4) W razie zrostów wywołujących stałe bóle, lub niedrożność ze strony narządów otaczających: żołądka, dwunastnicy i poprzecznicy. 5) Nie trzeba długo czekać z operacyą w przypadku otoku surowiczego, lub ropnego, nawet wtedy, gdy sprawa chorobowa ma na razie przebieg łagodny; nigdy bowiem nie możemy przewidzieć następstw otorbienia cieczy zapalnej, jakoteż możliwości przedziurawienia, lub nagłego wybuchu sprawy posocznicowej. Liczyć się tutaj trzeba z tem, że w przewlekłem zapaleniu pęcherzyka może dojść do rozległych i silnych zrostów. Lepiej też operować przy pęcherzyku wolnym, lub względnie wolnym, niż przy skurczonym i zaklinowanym. Oddzielenie takiego pęcherzyka, względnie ektomia, bez poważnego uszkodzenia wątroby lub kiszki odbyć się nie może, a z jednej strony choremu grozi krwotok, z drugiej łatwość zakażenia rany operacyjnej. 6) W przypadkach raka. 7) Jeśli napady kolki często się powtarzają, a leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku, to należy operować nietylko już ze względu na dolegliwości chorego, ale i na silne natężenie sprawy zapalnej i brak skłonności do złagodzenia; zazwyczaj ma się tutaj do czynienia z ciężkiem zakażeniem miejscowem. Czekać można z operacyą według prelegenta: 1) przy napadach powtarzających się w długich odstępach czasu, choćby wystąpiła żółtaczka zapalna i gorączka przemijająca, krótkotrwała; 2) przy ostrem zakażeniu przewodu żółciowego, które może być czasowe, już to z powodu przejścia kamienia, albo też rozszerzenia przewodu, w którego uchyłku tkwić może kamień bez wywołania jakichkolwiek zaburzeń. Prelegent sądzi, że w miarę udoskonalenia techniki chirurgicznej zmieni się też obecne leczenie, które jest tylko zapobiegawcze i objawowe. „Wtedy będzie można operować wcześnie, obecnie powinniśmy dbać o to, aby operować nie zapóźno". (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 października.

* Nader trudna sprawa skodeifikowania praw i warunków, upoważniających do używania tytułu »specyalisty«, przechodzi w okres czynu. Z powodu podania dentystów, dotyczącego również ustawodawczego uregulowania praw do używania tytułu »dentysty«, ministeryum wypracowało projekt ustawy, obejmującej wszystkie specyalności lekarskie i rozesłało go Izbom lekarskim, a zapewne i innym instytucyom, w celu zasięgnięcia ich zdania. Według projektu ministeryalnego ten tylko może używać tytułu operatora, ginekologa, okulisty, otyatry, laryngologa i t. d., kto złoży przepisany egzamin; kilkoletnia asystentura, praktyka szpitalna w charakterze lekarza pomocniczego, świadectwo odbytej praktyki klinicznej za granicą nie nadają praw do tytułu specyalisty. Dla dotychczasowych specyalistów ustanowionoby czas przejściowy. Gdy jednak dyplom doktora wszech nauk lekarskich upoważnia lekarza do wykonywania zawodu w całym zakresie medycyny, wolno jest lekarzowi wypisać na tabliczce »leczy choroby skórne«, »uszne« i t. d., ale nie wolno przybrać tytułu »dermatolog«, »otyatra« i t. d.

Wątpić należy, ażeby publiczność, jeśli tu chodzi o nią, potra-

fila ściśle rozróżnić prawa i przywileje »dermatologa« od praw lekarza, który się ogłasza, że »leczy choroby skóry«.

* Znane już jest odporne stanowisko Izb lekarskich w sprawie powoływania adwokatów-obrońców przy rozprawach dyscyplinarnych Rady honorowej. Obecnie ministeryum zarządziło, że jeżeli lekarz, skazany przez Radę honorową, założy rekurs, wolno mu będzie wezwać obrońcę do rozprawy rekursowej.

* Wiec austryackich Izb lekarskich odbędzie się w Lincu 6 i 7 października b. r. Przedstawicielem Izby lek. zachodnio-galicyjskiej będzie jej prezes, dr. Walczyński.

* Ministeryum oświaty zatwierdziło uchwałę wydziału lekarskiego U. J., nadając dr. Stanisławowi Dobrowolskiemu *veniam legendi* z zakresu ginekologii.

* Między 15 a 21 września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: jarosławskim (2 gm.), kamioneckim (2 gm.), nadworniańskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), żydaczowskim (1 gm.),

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień (XXXVI) (6—12—IX). Ludność średnia roczna wynosi 95.925 W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 21, urodziło się dzieci 52, zmarło osób 58, mianowicie: z gruźlicy 11 (6 zam.), z zapalenia płuc 5, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 4 (zam.), z czerwonki 1 (zam.), z cholery niemowląt 5 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Zingerle, docent neurologii w Gracu, mianowany został prof. nadzwyczajnym.

Nekrologia. Dr. Isylai, prof. dentystyki, zmarł w Peszcie.

Bibliografia:

Salomon Spitzer: **Dr. Maksymilian Kohn** (Wspomnienie pośmiertne). W rocznicę śmierci bł. p. Dr. M. Kohna opuścił prasę życiorys przedwcześnie zgasłego Kolegi, skreślony piórem kierownika szkoły im. Kazimierza Wielkiego, Salomona Spitzera, przyjaciela zmarłego, świadka i spółpracownika jego na polu filantropii społecznej. Autor rozpoczyna rys biograficzny od przedstawienia życia bł. p. Dr. Kohna w domu rodzicielskim, przechodzi do jego stosunków w wieku dziecięcym, szkolnym, lat uniwersyteckich, następnie opisuje studya specyalne w Wiedniu i Krakowie, wykonawstwo zawodowe w zakładach i w społeczeństwie; dalej działalność radziecką, w Izbie lekarskiej, w Towarz lekarskiem. Obszerny dział przypadł na czyny ofiarności i filantropii zmarłego, jak wyposażenie oddziału ginekologicznego w szpitalu izraelickim, bezpłatna kuchnia dla uczącej się młodzieży bez różnicy wyznania, lecznicza kolonia dla izraelickiej dziatwy szkolnej i t. d. Autor opowiada liczne wydarzenia z życia bł. p. Dr. Kohna, które dosadnie ilustrują altruistyczne jego uczucia i szeroki umysł, wreszcie ponuro maluje groźne zwiastuny nieuleczalnej choroby, jej fatalny i beznadziejny przebieg, wreszcie zgon i pogrzeb.

Czytając ten życiorys, odczuwa się w jego autorze nietylko przyjaciela bł. p. Dr. Kohna, lecz całą duszą wielbiciela, którego cześć dla życia zmarłego wprost nakazała mu przekazać potomnym imię zasłużonego obywatela: analizując działalność bł. p. Dr. Kohna, nie dał się jednak autor porwać uczuciu i popędowi serca; przeciwnie, pozostał w ramach rzeczywistości i prawdy: synteza podanych szczegółów z życia zmarłego i opis epizodów jego działalności przedstawiły nam żywot człowieka czynu, inicyatywy, dobrej woli, miłosiernego serca, światłego umysłu, — a takim właśnie znaliśmy nieodżałowanego naszego Kolegę. Liczni przyjaciele i koledzy bł. p. Dr. Kohna będą szczerze wdzięczni autorowi za jego pracę, tak miłą sercu, a jednocześnie tyle zawierającą pouczenia dla potomnych.

— *Medycyna* Nr. 38. Korybut-Daszkiewicz: Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego u dzieci (dok.). Halpern: O rozczłonkowaniu azotu w moczu (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 38. Heiman: O stosunku ucha do t. zw. sfery nosowopłciowej u kobiet. Pruszyński: Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych (dok.). Bernhardt: Granulosis rubra nasi (Iadassohn) (dok.).

— *Głos lekarzy* N. 7. Zawiera: Rozmieszczenie lekarzy w Galicyi. — Drakoński projekt. — Uboczne zajęcia lekarzy. — Z Izb lekarskich. — Komentarze do reskryptu prezydenta ministrów w sprawie tłumienia epidemij. — W ważnej sprawie. — Korespondencye. — Realista bez łaciny na weterynarza niezdatny. — Śruba podatkowa.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 38. Pavlík: Příspěvek ku studiu kompensatorní hypertrofie ledwin. Panýrek: „Chirurgie d' urgence“ a první pomoc laická. Meze kompetenci (dok.). Hejda: Lokální anaestesie (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 74. Fontoynont i Jourdan: Łańcuszkowcowe zapalenie języka i jamy ustnej, spostrzegane na Madagaskarze. Dor: Promienica. Poszukiwania nad grzybkiem promienistym, cechy jego morfologiczne i odczynne w tkance.

Nr. 75. Hirtz: Dziedziczność schorzeń zastawki dwukończystej: Guibaud: Czerwonka, jako choroba posocznicza. Lorand: Stosunek cukrzycy do akromegalii i choroby Basedowa.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 38. Ewald: Histeryczne samopoddawanie u dzieci. Rogovin: Czułość próby jodowej. Brandenburg: Działanie żółci na serce i powstawanie tętna zwolnionego w żółtaczce. Hall: Pożywienie roślinne i napoje w dnie i zapaleniu nerek. Bamberg: Sanoform jako środek zastępujący jodoform. Delius: Poddawanie i jego znaczenie jako środka leczniczego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 38. Fraenkel: Walka z chorobami narządu płciowego. Hess: Dwa nowe przypadki „acanthosis nigricans“. Kayser: Doświadczenia z mezotanem. Baisch: Zapobieganie pooperacyjnemu zapaleniu pęcherza moczowego. Stein: Przypadek przewlekłego wrzodu żołądka z silnym krwotokiem, z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i podwójnem przebiciem do jelita i dróg moczowych. Lommel: Ruchy żołądka i jelit w obrazach Röntgenowskich i ich zmiany w następstwie rozmaitych czynników. Landow: Wynik badania Röntgenograficznego po wstrzykiwaniach jodipiny. Galewsky: Wągry Bäckera. Nassauer: Leczenie poronienia. Napp: Nowa dwudzielna rurka do centryfugowania. Vortisch: Afrykańskie szóstaczki: Kanzki: Przypadek płodu beznogiego. Schwalbe: Problemat dziedziczenia w patologii (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 39. Türk: Limfomatoza. Zypkin: Przypadek bezkrwistości śledzionowej z przejściem w białaczkę leukocytową. Stefanowicz: Przyczynek do symptomatologii rumienia lombardzkiego. Merk: Drobne spostrzeżenia z praktyki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 39. Behring: Powstawanie suchot płucnych i walka z gruźlicą. Bassenge: Zachowanie się prątków durowych w mleku i jego przetworach (dok.). Schüder: Czynnik Negriego w wściekliźnie. Tabora: Lecznicze zastosowanie chlorku barowego. Rose: Uleczalność postępowego całkowitego zaniku kości.

Redakcya otrzymała. Przegląd zdrojowy (10 tegorocznych zeszytów).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.